



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Telefongestützte Verhaltenstherapie als niedrigschwellige Intervention bei Depression: Ein Behandlungsprogramm für den deutschen Sprachraum

Steinmann, Maya ; Heddaeus, Daniela ; Liebherz, Sarah ; Weymann, Nina ; Härter, Martin ; Watzke, Birgit

Abstract: Hintergrund: Telefongestützte Psychotherapie (TPT) bei Depression kann als alleinige niedrigschwellige Behandlung z.B. im Rahmen eines Stepped-Care-Behandlungsansatzes, in Kombination mit Psychopharmaka oder als Überbrückung bis zum Beginn einer Face-to-Face-Psychotherapie eingesetzt werden. Erste internationale Studien weisen auf die Wirksamkeit von TPT hin. Material und Methoden: Dieser Beitrag gibt eine Übersicht zur bisherigen Umsetzung und Evidenz von TPT und stellt ein telefongestütztes, manualisiertes verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm für depressive Störungen für den deutschen Sprachraum vor. Ergebnisse: Das Programm besteht aus einem persönlichen Vorgespräch und 8-12 etwa 30-minütigen Telefonsitzungen über 3-5 Monate. Ein dazugehöriges Therapeutenmanual und Patientenarbeitsbuch wurden aus dem US-Amerikanischen übersetzt und vor allem in kultureller Hinsicht adaptiert. Schlussfolgerungen: Es werden Besonderheiten des Settings, klinische und organisatorische Implikationen sowie Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Implementierung im deutschen Gesundheitssystem diskutiert

DOI: <https://doi.org/10.1159/000452435>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-129588>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Steinmann, Maya; Heddaeus, Daniela; Liebherz, Sarah; Weymann, Nina; Härter, Martin; Watzke, Birgit (2016). Telefongestützte Verhaltenstherapie als niedrigschwellige Intervention bei Depression: Ein Behandlungsprogramm für den deutschen Sprachraum. *Verhaltenstherapie*, 26(4):244-253.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000452435>

Telefongestützte Verhaltenstherapie als niedrigschwellige Intervention bei Depression: Ein Behandlungsprogramm für den deutschen Sprachraum

Maya Steinmann^a Daniela Heddaeus^a Sarah Liebherz^a Nina Weymann^a Martin Härter^a
Birgit Watzke^{a,b}

^a Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland;

^b Lehrstuhl für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung, Psychologisches Institut, Zürich, Schweiz

Schlüsselwörter

Telefon · Teletherapie · Psychotherapie ·
Kognitive Verhaltenstherapie · Fernbehandlung ·
Depression · Manual

Zusammenfassung

Hintergrund: Telefongestützte Psychotherapie (TPT) bei Depression kann als alleinige niedrigschwellige Behandlung z.B. im Rahmen eines Stepped-Care-Behandlungsansatzes, in Kombination mit Psychopharmaka oder als Überbrückung bis zum Beginn einer Face-to-Face-Psychotherapie eingesetzt werden. Erste internationale Studien weisen auf die Wirksamkeit von TPT hin. **Material und Methoden:** Dieser Beitrag gibt eine Übersicht zur bisherigen Umsetzung und Evidenz von TPT und stellt ein telefongestütztes, manualisiertes verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm für depressive Störungen für den deutschen Sprachraum vor. **Ergebnisse:** Das Programm besteht aus einem persönlichen Vorgespräch und 8–12 etwa 30-minütigen Telefonsitzungen über 3–5 Monate. Ein dazugehöriges Therapeutenmanual und Patientenarbeitsbuch wurden aus dem US-Amerikanischen übersetzt und vor allem in kultureller Hinsicht adaptiert. **Schlussfolgerungen:** Es werden Besonderheiten des Settings, klinische und organisatorische Implikationen sowie Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Implementierung im deutschen Gesundheitssystem diskutiert.

© 2016 S. Karger GmbH, Freiburg

Keywords

Telephone · Teletherapy · Psychotherapy ·
Cognitive-behavioral therapy · Remote treatment ·
Depression · Manual

Summary

Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Depression: A German Treatment Program

Background: Telephone-administered psychotherapy (TPT) for depression can be applied as a low-intensity stand-alone treatment, e.g. within a stepped-care model, in combination with psychopharmacotherapy, or to fill the gap until the beginning of a face-to-face psychotherapy. First international studies demonstrate the effectiveness of TPT. **Material and Methods:** This article gives an overview of the literature regarding the implementation and effectiveness of TPT and presents a manualized, telephone-administered cognitive-behavioral program for depression in German language. **Results:** The program spans 3–5 months and includes a preliminary face-to-face session and 8–12 telephone-administered sessions of approximately 30 min. A corresponding therapist manual and patient workbook were translated from the US American original, and adaptations were made, especially with regard to cultural aspects. **Conclusions:** Special characteristics of the setting, clinical and organizational implications, and the conditions for implementation in the German healthcare system are discussed.

Einleitung

Depressionen zählen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7,7% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland [Jacobi et al., 2014] und verursachen ein hohes Ausmaß an persönlichem Leid und starke Beeinträchtigungen [WHO, 2001]. Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Allgemeinen sowie von Verhaltenstherapie im Besonderen ist für die Depressionsbehandlung sehr gut belegt [DGPPN et al., 2009]. Beim Zugang zu einer adäquaten Behandlung bestehen jedoch Barrieren auf der Ebene des Patienten (z.B. Stigmatisierungsangst, Zeitmangel, komorbide somatische Probleme, kulturelle Faktoren), des Behandlers (z.B. unzureichende Diagnostik und Wissen über psychische Erkrankungen im primärärztlichen Setting, Zeitmangel) und des Gesundheitssystems (z.B. unzureichende Behandlungskapazitäten und Vernetzung zwischen Behandlern, lange Wartezeiten bis zur Therapie) [Collins et al., 2004] (der Kürze halber wird in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet; alle Bezeichnungen beziehen sich dabei auf beide Geschlechter). Hinsichtlich systembezogener Barrieren zeigt eine aktuelle Befragung, dass die Wartezeiten bis zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch in Deutschland in 20% der Fälle insgesamt bis zu 3 Monate und in 12% der Fälle über 3 Monate betragen [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014].

Besonders im internationalen Raum werden in den letzten Jahren verstärkt niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen (z.B. begleitete Selbsthilfe mit Büchern oder Computerprogrammen) entwickelt und erprobt, die einige dieser Barrieren überwinden helfen können [Klein und Berger, 2013; NICE, 2010]. Auch psychotherapeutische Interventionsformen, bei denen die Therapie vorrangig oder komplett über das Medium Telefon stattfindet (telefongestützte Psychotherapie, TPT), stellen einen vielversprechenden Ansatz dar, der den erleichterten Zugang der niedrigschwelligen Behandlungsformen mit den Vorteilen einer persönlichen therapeutischen Begleitung kombiniert. Hierbei können das stärkere Anonymitätsgefühl und die kürzere Interventionsdauer gerade für Patienten ohne Therapieerfahrung psychologische Hemmschwellen verringern und Stigmatisierungsängsten entgegenwirken [Bee et al., 2010b]. Zudem sind ausbleibende Fahrtwege besonders für Patienten mit eingeschränkter Mobilität, hoher Arbeitsbelastung oder starker familiärer Einbindung wichtig [Mohr et al., 2012]. Ebenfalls logistisch günstig ist, dass der Telefontherapeut nicht auf einen bestimmten Therapieraum angewiesen und dadurch flexibler ist. Da TPT in der Regel als Kurzzeittherapie konzeptualisiert wird, kann bei gleichbleibenden Kapazitäten mehr Patienten eine zeitnahe Behandlung angeboten werden, was zu einer Verkürzung der Wartezeiten und zu einer verbesserten Ressourcenallokation beitragen kann.

Die meisten TPT-Entwicklungen fanden bisher in englischsprachigen Ländern statt. Im deutschsprachigen Raum wurde TPT bei psychischen Erkrankungen bisher nicht untersucht, obwohl einzelne Psychotherapiepraxen gemäß ihrer Homepage bereits telefonische Interventionen anbieten (Internetrecherche, Stichwort «Telefontherapie», Dezember 2014). Wissenschaftlich beforscht

wird in Deutschland aktuell ein TPT-Programm für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten [Wilz und Soellner, 2015]. Zur störungsspezifischen Depressionsbehandlung liegen unseres Wissens bisher keine deutschsprachigen Entwicklungen und Konzeptionen vor. Ziel dieses Beitrags ist es zunächst, einen Überblick über die Forschungsergebnisse zu TPT zu geben. Darauf aufbauend werden der Entwicklungsprozess und Inhalt eines manualbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen TPT-Interventionsprogramms für Patienten mit Depression in deutscher Sprache vorgestellt, und klinische Implikationen werden diskutiert.

Bisherige TPT-Programme bei Depression

Interventionen, Zielgruppen und Rahmenbedingungen

Bisher evaluierte TPT-Programme bei Depression sind meist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Kurzzeitinterventionen mit etwa 6–18 telefonischen Sitzungen von 30- bis 50-minütiger Dauer [Lynch et al., 2004; Mohr et al., 2011, 2012; Simon et al., 2004; Tutty et al., 2010]; auch interpersonelle TPT wurde untersucht [Miller und Weissmann, 2002]. Die TPT-Programme beziehen sich in der Regel auf zentrale Elemente der verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung, d.h. auf Psychoedukation, behaviorale Aktivierung und kognitive Umstrukturierung [Mohr et al., 2012; Simon et al., 2004]. Oft arbeiten Patienten zwischen den Sitzungen mit schriftlichen Anleitungen und Übungen [Bee et al., 2010a; Mohr et al., 2012; Simon et al., 2004]. In der Regel werden die Telefonate vom Therapeuten initiiert und es werden unterschiedlich intensive Bemühungen unternommen, schwer erreichbare Patienten zu motivieren. In einer Studie mit stark aufsuchendem Charakter waren z.B. durchschnittlich 3 Kontaktversuche nötig, bis ein Telefonat zustande kam [Tutty et al., 2005]. Manche Programme beinhalten zur Steigerung der Compliance zusätzlich Motivationsbriefe, die nach jeder Telefonsitzung vom Therapeuten an den Patienten verschickt werden und die die jeweils besprochenen Inhalte und Pläne zusammenfassen [Simon et al., 2004].

Die Zielgruppe bisher untersuchter TPT-Angebote für Depression sind meist Patienten, die im Vorfeld ein primärärztliches Setting aufsuchen [Lynch et al., 2004; Mohr et al., 2011; Simon et al., 2004; Tutty et al., 2010], oder Angestellte, die TPT als betriebliches Gesundheitsangebot nutzen [Bee et al., 2010a]. Verschiedene Programme richten sich an Patienten mit unterschiedlich schwerer Depression: Während an einigen Angeboten Patienten mit jeglicher Depressionssymptomatik teilnehmen können [Bee et al., 2010a; Simon et al., 2004; Tutty et al., 2010], schließen andere nur Patienten mit der Diagnose einer Major Depression [Mohr et al., 2011, 2012] und weitere nur solche mit subklinischer oder leichtgradiger Depression [Lynch et al., 2004] ein. Bei der TPT gelten meist ähnliche Ausschlusskriterien wie in der ambulanten Psychotherapie, z.B. ungenügende Sprachkenntnisse oder starke kognitive Beeinträchtigungen. Auch schwere psychische Störungen (z.B. akute Psychose, bipolare Störung) sind in der TPT meist Ausschlusskriterien [Bee et al., 2010a; Mohr et al., 2011, 2012; Simon et al., 2004; Tutty et al., 2010]. In manchen TPT-Programmen findet

ein systematisches Monitoring des Symptom- und Behandlungsverlaufs statt: Hierbei beantworten Patienten Fragen zu Symptomatik und Motivation und Telefontherapeuten schätzen die Therapiezielerreichung ein [Tutty et al., 2005].

Telefontherapeuten sind meist klinische Psychologen und Psychotherapeuten [Mohr et al., 2011, 2012; Simon et al., 2004], können aber auch anderen Professionen angehören, z.B. Pflegekräfte [Lynch et al., 2004]. Die Telefontherapeuten werden im Vorfeld unter anderem durch Literaturstudium und Rollenspielübungen fortgebildet und regelmäßig supervidiert; Handlungspläne werden vorab festgelegt (z.B. Notfallmaßnahmen im Falle auftretender Suizidalität) [Bee et al., 2010a; Mohr et al., 2012; Simon et al., 2004]. TPT kann als alleinige Behandlung, als Ergänzung zur Pharmakotherapie oder zur Überbrückung der Wartezeit auf eine Face-to-Face-Psychotherapie eingesetzt werden. Es ist sinnvoll, die TPT in einen Gesamtbehandlungspfad (z.B. als Teil der integrierten Versorgung, eines Collaborative-Care-Modells oder eines Stepped-Care-Modells [z.B. Katon et al., 1999]) einzubetten, um einen reibungslosen Übermittlungsprozess zu gewährleisten, falls zusätzlich oder im Anschluss weitere Behandlungen benötigt werden. So spielen Aspekte des integrierten Care-Managements wie regelmäßige Rückmeldungen an den Hausarzt oder bei Bedarf eine Weitervermittlung in andere Behandlungen bei einigen TPT-Programmen eine wichtige Rolle [Simon et al., 2004; Tutty et al., 2005].

Wirksamkeit, Akzeptanz, Zufriedenheit und Alliance

Bisherige Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit von TPT zur Reduktion depressiver Symptome bei Behandlungsende. Die Effektivitäten in randomisiert-kontrollierten Designs liegen im mittleren Bereich, wobei die Kontrollgruppen meist ausschließlich eine psychopharmakologische Behandlung durch den Hausarzt erhielten [Bee et al., 2008; Mohr et al., 2008]. In vielen Studien wurde eine komorbide depressive Symptomatik bei einer spezifischen primären somatischen Erkrankung wie Multiple Sklerose oder Krebs untersucht, was die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse auf depressive Patienten ohne schwerwiegende somatische Erkrankung einschränkt.

In einer groß angelegten, randomisierten US-Studie mit 325 primärärztlichen Depressionspatienten ohne spezifische somatische Primärerkrankung bestand die Behandlung aus 18 Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie entweder per Telefon oder im Face-to-Face-Gespräch [Mohr et al., 2012]. Beide Gruppen zeigten vergleichbare Symptomreduktionen zu Therapieende, Patienten in der TPT-Bedingung brachen signifikant seltener die Behandlung ab (TPT: 21%; Face-to-Face-Psychotherapie: 33%). Die geringeren Abbruchraten ließen sich darauf zurückführen, dass signifikant weniger Patienten die TPT innerhalb der ersten 5 Wochen abbrachen als in der Face-to-Face-Bedingung; Abbruchraten zu späteren Zeitpunkten unterschieden sich nicht signifikant. Dies spricht dafür, dass eine Besonderheit der TPT darin besteht, gerade am Anfang der Therapie Barrieren auf Patientenseite zu überwinden (z.B. Stigmatisierungsängste oder Bedenken bezüglich des organisatorischen und terminlichen Aufwands einer Therapie). Sechs Monate nach Behandlungsende waren Patienten in beiden

Bedingungen weiterhin signifikant weniger depressiv als zu Behandlungsbeginn, Patienten der TPT waren jedoch signifikant seltener remittiert (19% Remission bei TPT vs. 32% bei Face-to-Face-Therapie). Somit scheint die Langzeitwirkung von TPT derjenigen einer Face-to-Face-Psychotherapie unterlegen zu sein, was jedoch weiterer Untersuchung bedarf [Mohr et al., 2012].

Zur Bereitschaft von Patienten, an innovativen Behandlungsangeboten wie TPT teilzunehmen, existieren bisher wenige Daten. Eine US-Studie befragte hausärztliche Patienten, welchen Darbietungsmodus (Face-to-Face-Gespräche, Telefon, Internet) sie bei psychologischen oder gesundheitsbezogenen Interventionen (z.B. bei Angst, Depression, Raucherentwöhnung, usw.) bevorzugen würden. Hier sind 49% der befragten Patienten sowohl für telefonische als auch für Face-to-Face-Behandlungen offen, 30% nur für Face-to-Face-Behandlungen, 3% nur für telefonische und 18% für keine der beiden Modalitäten [Mohr et al., 2010].

In einem TPT-Angebot für Angestellte, die aufgrund von leichten bis mittelgradigen psychischen Störungen (vor allem Angststörungen oder Depression) krankgeschrieben waren, wurde eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung berichtet, besonders bezüglich organisatorischer Vorteile [Bee et al., 2010b]. Eine weitere Studie zeigte, dass Depressionspatienten, denen TPT zusätzlich zu hausärztlicher Behandlung und Care-Management angeboten wurde, zu 59% «sehr zufrieden» mit ihrer Behandlung waren (im Vergleich zu 47% bei hausärztlicher Behandlung mit Care-Management und 29% bei ausschließlich hausärztlicher Behandlung) [Simon et al., 2004].

Hinsichtlich der therapeutischen Beziehung zeigt eine erste Studie, dass eine positivere therapeutische Alliance in der TPT ebenso wie in der Face-to-Face-Therapie mit besseren Behandlungsergebnissen zusammenhängt [Beckner et al., 2007]. Ob sich die therapeutische Alliance in der TPT gleich gut wie in der Face-to-Face-Therapie entwickeln kann, muss noch in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht werden.

Das deutsche Programm für TPT: «Ins Gleichgewicht finden»

Hintergrund, Übersetzung und Adaption des Interventionsprogramms

Das Programm für TPT «Ins Gleichgewicht finden» basiert auf einer in den USA entwickelten und dort ausführlich evaluierten Intervention [Simon et al., 2004; Tutty et al., 2005]. In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 600 Patienten konnte deren Wirksamkeit als Bestandteil einer Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva, hausärztlicher Versorgung und Care-Management belegt werden [Simon et al., 2004]. Das Programm wurde auch als alleinige Depressionsbehandlung untersucht, was ebenfalls zu einer signifikanten Symptomverbesserung führte [Tutty et al., 2010]. Hier bedarf es jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe von 30 Patienten und fehlender Kontrollbedingungen weiterer Untersuchungen. Das manualisierte Programm der Arbeitsgruppe wurde unter anderem für Japan [Furukawa et al., 2012] und für spanisch-

sprachige Minderheiten in den USA [Ramos und Alegria, 2014] adaptiert und erprobt.

Die Materialien des Programms bestehen aus einem Therapeutenmanual mit allgemeinen Informationen zur Intervention und einer detaillierten Anleitung zu jeder Sitzung sowie einem Patientenarbeitsbuch mit psychoedukativen Texten, Fallvignetten und Übungsblättern. In einem Anhang finden Patienten zudem Fragebögen zur Selbsteinschätzung aktueller Ressourcen und Depressionssymptome. Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte durch deutsche Muttersprachlerinnen mit Fachexpertise in klinischer Psychologie (D.H., N.W.). Die davon unabhängige Rückübersetzung wurde von einer klinischen Psychologin mit Muttersprache Deutsch und Englisch vorgenommen (M.S.). Original und Rückübersetzung wurden abgeglichen und Korrekturen und Adaptionen im Konsensverfahren in der Arbeitsgruppe (B.W., M.S., D.H., N.W.) und in Konsultation mit ausführenden Telefontherapeuten und den Autoren der Originalversion diskutiert, umgesetzt und dokumentiert.

Abweichungen zwischen dem US-amerikanischen Original und der Rückübersetzung betrafen meist den Wortlaut und führten nicht zu relevanten inhaltlichen Unterschieden. Gemäß der soziokulturellen Unterschiede zwischen den USA und dem deutschen Sprachraum wurden zahlreiche Adaptionen vorgenommen: Dies betraf 94 Textstellen des Patientenarbeitsbuchs und 87 Stellen des Therapeutenmanuals. Am häufigsten wurden Passagen umstrukturiert (z.B. Erweiterung, Kürzung oder Verschiebung, 94 Fälle). Ebenfalls häufig waren kulturelle Adaptionen (56 Fälle): Hierbei wurden US- und lateinamerikanische Vornamen in Fallvignetten in geläufige deutsche, türkische und osteuropäische Vornamen geändert. Auch wurden einige Situationen angepasst (z.B. das US-amerikanische Erntedankfest durch das Weihnachtsfest ersetzt). Auffallend an der US-amerikanischen Version waren die Beschreibungen vergleichsweise prekärer sozioökonomischer Situationen vieler Personen in den Fallvignetten (z.B. Patienten ohne Krankenversicherung, große Armut). Obwohl solche Schicksale auch in Deutschland vorkommen, wurden die Vignetten teilweise abgemildert, um sie repräsentativer für deutsche Durchschnittspatienten zu gestalten und den Fokus tendenziell von sozialen und finanziellen auf innerpsychische oder berufsbedingte Stressoren zu richten. Zusätzlich wurden an 13 Stellen aus klinischen Erwägungen Adaptionen vorgenommen, die vor allem das in der US-Version teilweise verwendete Bild der Depression als zu bekämpfenden Feind in eine stärker akzeptierende und distanziertere Haltung modifizieren (z.B. Bezeichnung der Depression als «Gegner» in «Hindernis» geändert). Eine weitere Adaptation ist eine systematische Diagnostik zu Beginn und im Verlauf mithilfe des Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaires (PHQ-9, [Löwe et al., 2002]), einem gut validierten und an die International Classification of Diseases 10 (ICD-10) angelehnten Fragebogen.

Interventionsbeschreibung

«Ins Gleichgewicht finden» ist als Kurzzeitintervention über einen Zeitraum von insgesamt etwa 3–5 Monaten konzipiert (Abb. 1). Jede Telefonsitzung dauert zwischen 20 und 40 min und

beinhaltet in der Regel eine Besprechung der vorherigen Hausaufgabe, der Ziele für die Sitzung, des zu lesenden Kapitels und der neuen Hausaufgabe, eine Einschätzung der Motivation und eine abschließende Zusammenfassung. Für den Telefontherapeuten folgen etwa 10–20 min Aufarbeitungszeit, z.B. für Dokumentation oder Kontakt zu einem Mitbehandler. Insgesamt werden pro Patient und Telefonsitzung maximal 60 min Zeitaufwand geplant. Jede Sitzung soll vom Patienten mit dem Arbeitsbuch vor- und nachbereitet werden.

Zu Beginn der TPT findet ein 50-minütiges Face-to-Face-Gespräch zwischen Patient und Telefontherapeut statt, das der Diagnostik, Indikationsprüfung und Interventionsbeschreibung dient und berufspolitischen Anforderungen an die Sorgfaltspflicht entsprechen soll. Im Rahmen eines Notfallplanes wird erarbeitet, an wen sich der Patient in akuten Krisensituationen bzw. bei Suizidalität wenden kann.

Es folgen 8–12 telefonische Sitzungen, die folgende gut etablierte und evidenzbasierte Elemente der Depressionsbehandlung umfassen:

- *Psychoedukation*: Informationen zur Depression, ihren Ursachen und Bewältigungsmöglichkeiten werden vermittelt und durch zahlreiche Fallvignetten illustriert. Psychoedukative Ansätze werden von Leitlinien zur Verbesserung von Informationsstand, Akzeptanz und Compliance empfohlen [DGPPN et al., 2009].
- *Aktivitätsaufbau/behaviorale Aktivierung*: Patienten planen konkrete positive Aktivitäten und bewerten deren Durchführbarkeit und Wirkung. Diese auf dem Konzept der operanten Konditionierung basierende Technik dient dazu, einen erhöhten Zugang zu Quellen positiver Verstärkung zu erlangen [Ekers et al., 2014; Lewinsohn et al., 1980].
- *Kognitive Umstrukturierung und Selbstkontrolle*: Patienten lernen Techniken zur Umstrukturierung und Kontrolle negativer Gedanken und Einstellungen kennen (z.B. Selbstbeobachtung, Identifikation automatischer Gedanken, Externalisierung innerer Dialoge, Reattribuierung, Selbstverstärkung, Gedankenstopp und Ablenkung) und experimentieren mit deren Umsetzung. Solche Methoden bilden einen wesentlichen Bestandteil des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Repertoires [Beck et al., 1992; Linden und Hautzinger, 1996].
- *Rückfallprophylaxe*: Spezifische Techniken und Materialien zur Rückfallprophylaxe werden erarbeitet, z.B. ein «Werkzeugkoffer» (Ressourcenliste), eine Liste der eigenen Frühwarnzeichen für das Auftreten einer depressiven Episode, ein Notfallplan mit konkreten Handlungsanweisungen und Kontaktdaten von Hilfspersonen für den Krisenfall sowie der regelmäßige Einsatz von Fragebögen zum Selbst-Monitoring. Die Rückfallprophylaxe hat in der leitliniengerechten Depressionsbehandlung einen hohen Stellenwert zur langfristigen Sicherung des Therapieerfolgs [DGPPN et al., 2009].

Der inhaltliche Ablauf des Programms orientiert sich an gängigen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplänen bei Depression [Hautzinger, 1993] (Abb. 1): Während der Fokus zu Beginn auf Diagnostik, Beziehungsaufbau und Psychoedukation liegt, schließt

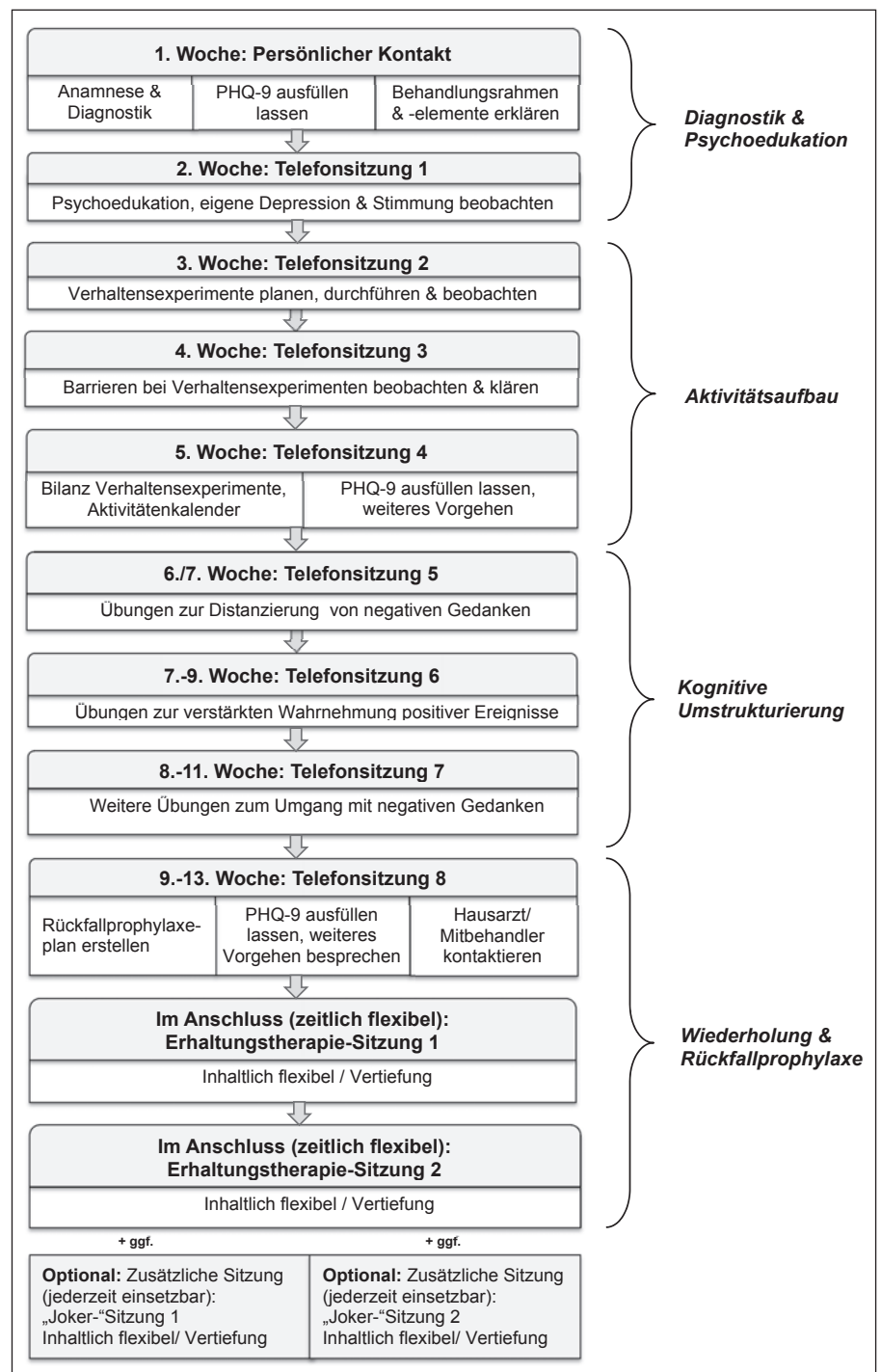


Abb. 1. Zeitlicher Ablauf und inhaltliche Schwerpunkte des telefongestützten Psychotherapieprogramms «Ins Gleichgewicht finden». PHQ-9 = Patient Health Questionnaire 9.

sich mittelfristig der Aktivitätsaufbau an. Dabei identifizierte Barrieren leiten fließend in die kognitive Umstrukturierung über. Abgeschlossen wird mit Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapie.

Zur Unterstützung von Diagnostik und zum systematischen Monitoring des Symptomverlaufes wird der PHQ-9 [Löwe et al., 2002] in regelmäßigen Abständen postalisch an den Patienten gesendet, von diesem ausgefüllt und an den Telefontherapeuten zurückgesendet, der diesen auswertet. Beim PHQ-9 gelten folgende Cut-off-Werte: 0–4 Punkte: keine Depressivität; 5–9 Punkte: leichte Depressivität; 10–14 Punkte: moderate Depressivität; 15–19 Punkte: moderate bis schwere Depressivität; 20–27 Punkte:

schwere Depressivität [Kroenke und Spitzer, 2002]. Der Telefontherapeut nimmt zudem nach jeder Sitzung anhand eines 1-seitigen nichtstandardisierten Fragebogens Einschätzungen zum Prozess und zur therapeutischen Beziehung vor. Diese Therapeutenratings dienen zusammen mit dem Symptomrating der Patienten als Entscheidungshilfe zum weiteren Vorgehen. Wenn sich die Symptomatik nach PHQ-9 vom Vorgespräch bis zur vierten Telefonsitzung um mindestens 20% verbessert, wird die Streckung der folgenden Sitzungen auf einen 2-wöchigen Rhythmus empfohlen. Andernfalls sollen die Sitzungen weiterhin wöchentlich stattfinden. Nach der achten Telefonsitzung wird erneut eine Zwischen-

bilanz gezogen: Wenn der PHQ-9-Score auf unter 5 Punkte gesunken ist (entspricht einer Remission), wird mit den Erhaltungssitzungen (Abb. 1) fortgefahren. Liegt der PHQ-9-Score weiterhin im auffälligen Bereich, wird empfohlen, den Patienten in eine intensivere Behandlung zu vermitteln, z.B. in ambulante Psychotherapie. Bei Inanspruchnahme der Erhaltungstherapie wird zu deren Ende erneut der PHQ-9 erhoben und bei auffälligem Score ein Hochstufen in eine intensivere Behandlung empfohlen.

Umsetzung des TPT-Programms im Projekt «Gesundheitsnetz Depression»

Um eine TPT erfolgreich umzusetzen, bedarf es einiger Vorbedingungen: Angemessene Maßnahmen zur Indikationsstellung, zur Diagnostik und zum Monitoring müssen gewährleistet, Telefontherapeuten mit entsprechender Qualifikation müssen ausgewählt und fortgebildet werden. Idealerweise besteht zudem eine Vernetzung mit anderen Behandlern und Einrichtungen, die bei Bedarf in die Patientenversorgung eingebunden werden können. Als Veranschaulichung dafür, wie eine TPT umgesetzt werden kann, werden exemplarisch die Rahmenbedingungen beschrieben, in denen das Programm «Ins Gleichgewicht finden» eingebettet war. Die Übersetzung und Evaluation des Programms erfolgte im Rahmen des «Gesundheitsnetzes Depression» im «psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit» [Härter et al., 2015; Watzke et al., 2014]. Gemäß der S3-Leitlinie und der Nationalen VersorgungsLeitlinie «Unipolare Depression» [DGPPN et al., 2009] wurde im «Gesundheitsnetz Depression» ein integriertes und gestuftes (sogenanntes «Collaborative-Care»- und «Stepped-Care»-) Behandlungsmodell mit Hausärzten, Psychotherapeuten, Psychiatern und Kliniken umgesetzt und in einer randomisiert-kontrollierten Studie evaluiert [Heddaeus et al., 2015; Watzke et al., 2014]. Um Früherkennung und Zugang zu adäquater Behandlung für eine möglichst breite Population von Depressionspatienten zu verbessern, erfolgte die initiale Diagnostik und Indikationsstellung in diesem Projekt durch den Hausarzt, der im Gesundheitssystem oft das erste Glied in der Versorgung depressiver Patienten darstellt. Auch aus studienspezifischen Gründen (Cluster-Randomisierung auf Ebene der Hausarztpraxen) erfolgte der Zuweisungsprozess primär über den Hausarzt. Dieser bot Patienten je nach Schweregrad der Depression und individuellen Bedürfnissen unterschiedlich intensive Behandlungsoptionen an: bei leichter Depression niedrigschwellige, durch den Hausarzt begleitete Interventionen (abwartendes Symptom-Monitoring, Selbsthilfebuch, internetbasiertes Selbsthilfeprogramm), bei leichter bis mittelgradiger Depression TPT, bei mittelgradiger Depression entweder Psycho- oder Psychopharmakotherapie und bei schwerer Depression die gegebenenfalls stationär durchgeführte Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie. Ein regelmäßiges Monitoring führte der jeweils zuständige Hauptbehandler durch.

Initiale Indikationsstellung für TPT: Hausärzte des «Gesundheitsnetzes Depression» können das TPT-Programm Patienten mit leichter bis mittelgradiger Depression empfehlen, die keine schwere komorbide psychische Erkrankung aufweisen, nicht akut suizidal sind, sich nicht bereits in Psychotherapie befinden und ein

Mindestalter von 18 Jahren und ausreichende Deutschkenntnisse aufweisen. In Ausnahmefällen können auch Patienten mit schwerer Depression in die TPT vermittelt werden, wenn intensivere Interventionen wie ambulante oder stationäre Kombinationstherapie von ihnen abgelehnt oder aus praktischen Gründen wie z.B. eingeschränkter Mobilität nicht genutzt werden können. Auch Patienten, bei denen eine ambulante Psychotherapie indiziert ist, aber denen aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Psychotherapiekapazitäten nicht sofort ein Face-to-Face-Psychotherapieplatz angeboten werden kann, können die TPT zur Wartezeitüberbrückung nutzen.

Qualifikation, Fortbildung und Supervision der Telefontherapeuten: Die TPT wird im Gesundheitsnetz Depression von approbierten Psychologischen Psychotherapeutinnen mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie durchgeführt, die nach einem initialen Training eine kontinuierliche Supervision im 2-wöchentlichen Rhythmus sowie bei Bedarf erhalten.

Austausch im Netzwerk: Bei TPT ist vorgesehen, dass der überweisende Hausarzt und der Telefontherapeut mindestens 2-mal miteinander Kontakt aufnehmen: Nach dem Vorgespräch gibt der Telefontherapeut dem Hausarzt eine Rückmeldung zu Erstkontakt und Behandlungsbeginn. Zum Ende der TPT erhält der Hausarzt eine Rückmeldung zu deren Ergebnis und gegebenenfalls zu geplanten weiterführenden Behandlungen. Im Falle einer Hochstufung hilft der Telefontherapeut dem Patienten durch die Vermittlung an einen Psychotherapeuten, einen Psychiater oder eine Klinik des Netzwerks.

Briefkontakt: In der Studie werden Patienten nach ihrem Einverständnis entweder einer Gruppe, die zusätzlich zur Arbeit mit dem Buch und den Telefonaten motivierende Briefe vom Telefontherapeuten erhält, oder einer Gruppe ohne Briefkontakt randomisiert zugeteilt. Hiermit soll überprüft werden, inwiefern Briefkontakt einen zusätzlichen Behandlungseffekt in der TPT erzielt.

In den anonymisierten Kasuistiken (Kasten 1 und 2) können exemplarisch Indikation, Vorgehen und Verläufe bei 2 Patienten während der telefontherapeutischen Behandlung im Gesundheitsnetz Depression nachgelesen werden. Zusammenfassend berichten die Telefontherapeuten überwiegend positive Erfahrungen mit der TPT. Aus Therapeutesicht war es uneingeschränkt möglich, eine positive therapeutische Beziehung aufzubauen, wobei der initiale Face-to-Face-Kontakt als wichtig empfunden wurde. In den meisten Fällen konnte die Behandlung hinsichtlich der organisatorischen Vorgaben manuellkonform umgesetzt werden. Nur vereinzelt vergaßen Patienten Termine und mussten erneut angerufen werden. Bei einzelnen Patientengruppen konnte insgesamt allerdings nur wenig manuellkonform gearbeitet werden (z.B. bei kognitiver Einschränkung oder bei anderer Hauptproblematik wie Trauer im Vordergrund). In diesen Fällen wurde eher supportiv gearbeitet, Ressourcen aktiviert und eine feste Alltagsstruktur etabliert.

Praktische Implikationen: Unterschiede zwischen TPT und Face-to-Face-Psychotherapie

TPT-Programme wie «Ins Gleichgewicht finden» unterscheiden sich von den meisten verhaltenstherapeutischen Face-to-Face-Psy-

Kasten 1.

Fallbeispiel 1

Frau M., eine 54-jährige Kauffrau, stellte sich mit starker Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung, Freudlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten sowie einem sehr geringen Selbstwertgefühl vor (ICD-10: F33.1 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; PHQ = 17). Die Beschwerden waren nach starker beruflicher Belastung eingetreten, Frau M. habe vor 2 Jahren die Arbeitsstelle gewechselt und im neuen Job täglich von 8 bis 22 Uhr gearbeitet. Sie habe strenge Vorgaben gehabt und die Ziele durch ihren perfektionistischen Anspruch zudem mehr als erfüllt, woraufhin sie zunehmend erschöpft gewesen sei und diverse körperliche Beschwerden entwickelt habe. Zu Therapiebeginn war sie seit 2 Monaten arbeitsunfähig. Eine zusätzliche Belastung sei durch ihre pflegebedürftige Mutter aufgetreten, die sie regelmäßig im Heim besuche. Durch die berufliche Überlastung seien zudem Konflikte mit ihrer Familie aufgetreten. Aus Sicht des zuweisenden Hausarztes wäre für Frau M. auch eine Face-to-Face-Therapie infrage gekommen, ein Telefontherapieplatz war jedoch früher verfügbar. Frau M. konnte sich auf dieses Setting sehr gut einlassen und nutzte das Arbeitsbuch kontinuierlich. Zu Beginn der Therapie konnte sie im Rahmen der Vermittlung der systematischen Selbstbeobachtung eine Stimmungsverbesserung beim Musikhören sowie beim Treffen von Freundinnen beobachten. Schlechter zeigte sich die Stimmung bei Kontakten mit dem Arbeitgeber. Mit Frau M. wurden daraufhin Aktivitäten wie Freundinnen treffen, Sportkurs besuchen und regelmäßiges Musikhören und Spaziergehen eingeplant. Dabei verbesserte sich die Stimmung zum Teil, aber sie ärgerte sich öfters über sich selbst, wenn sie die Aktivitäten nicht sofort genießen konnte, sodass sie wiederholt motiviert werden musste, diese fortzusetzen. Während sie zu Therapiebeginn noch ambivalent hinsichtlich des Arbeitsplatzes war, kündigte sie diesen nach der vierten Sitzung und nahm Kontakt mit dem Arbeitsamt auf. Danach sei eine große Erleichterung aufgetreten, sie würde sich nun weniger unter Druck setzen und neue Perspektiven sehen. Beim Thema negative Gedanken zeigten sich vor allem selbstabwertende Gedanken wie «Ich bin unnütz und wertlos». Frau M. konnte erkennen, dass sie diese schon lange belasteten und führte sie auf ihre von Abwertung und Schlägen geprägte Erziehung zurück. Hilfreiche Strategien im Umgang mit diesen Gedanken waren die Betrachtung dieser von außen, das Zuordnen der Gedanken zu vergangenen Erfahrungen sowie das wiederholte Betrachten eines Zettels mit positiven Gedanken. Es wurden zudem positive Eigenschaften von Frau M. gesammelt, die sie selbst sonst oft nicht wahrnahm. Das Weiterführen der Aktivitäten wurde wiederholt aufgegriffen, sodass sie nach 12 Sitzungen einige angenehme Aktivitäten aufbauen konnte, die sie regelmäßig ausübte. Eine weiterführende ambulante Psychotherapie wurde angebahnt, da Frau M. selbst ihre Beschwerden zwar als deutlich gebessert wahrnahm (PHQ = 8) und auch Ideen für neue berufliche Perspektiven hatte, jedoch ihre Selbstwertproblematik über die biografischen Erfahrungen weiter bearbeiten wollte. Da zudem eine rezidivierende depressive Störung vorlag, sollte mit der ambulanten Psychotherapie der Therapieerfolg stabilisiert und möglichen Rückfällen vorgebeugt werden. Im Fall von Frau M. wurde die Telefontherapie zur Stabilisierung sowie zum Aktivitätsaufbau und zur ersten kognitiven Arbeit als sehr hilfreich erachtet.

Kasten 2.

Fallbeispiel 2

Herr S., ein 40-jähriger Biologe, stellte sich mit Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung, Appetitlosigkeit sowie innerer Unruhe vor (ICD-10: F33.1 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; PHQ = 13). Er habe vor kurzem eine leitende Position in seinem Unternehmen übernommen und berichtete über Schwierigkeiten, sich in diese Rolle einzufinden. Er habe ein großes Harmoniebedürfnis, daher sei es für ihn schwierig, Mitarbeiter auf Situationen anzusprechen, in denen diese ihre Aufgaben nicht gut erledigt hätten, er würde diese dann selbst übernehmen. Gleichzeitig würde er daran zweifeln, ob er genug geschafft habe. Zudem seien bei seinem ehrenamtlichen Engagement im Sportverein seiner Kinder vermehrt Konflikte aufgetreten, was ihn sehr belaste. Herr S. kenne depressive Phasen bereits in ähnlichen Situationen von früher, auch seine Mutter und sein Bruder seien an Depressionen erkrankt. Durch die zunehmende berufliche Belastung habe er angenehme Aktivitäten (z.B. Familienausflüge, Sport) vernachlässigt. Die Hausärztin empfahl eine Telefontherapie, da Fahrtwege wegfielen und Herr S. eine Face-to-Face-Therapie nur zu sehr späten Abendstunden hätte wahrnehmen können. Die Telefontermine nahm Herr S. in der Pause von seinem Arbeitsplatz aus in Anspruch, was sich gut umsetzen ließ. Kontinuierlich arbeitete er mit dem Arbeitsbuch. Im Rahmen des Aktivitätsaufbaus plante Herr S. als erstes Experiment einen Spaziergang nach der Arbeit: Normalerweise habe er das Gefühl, sofort nach Hause gehen zu müssen, da noch Renovierungsarbeiten anstünden. Er schaffte es im Verlauf der Therapie, wieder 1-mal pro Woche ins Fitnessstudio zu gehen und abends eine entspannte Zeit mit seiner Familie zu verbringen. Zur Bearbeitung der negativen Gedanken wie «Ich habe nichts geschafft, ich müsste noch mehr machen» schrieb er jeden Abend vor Feierabend auf, welche Aufgaben er bereits bewältigt hatte und was ihm gut gelungen war. Dabei war es wichtig, gemeinsam mit ihm auch vermeintliche kleine Aufgaben wie z.B. Gespräche mit Mitarbeitern aufzulisten. Herr S. entwickelte so eine größere Zufriedenheit mit seiner Leistung und es gelang ihm, seinen Arbeitstag besser zu strukturieren. Bei Gedanken wie «Bloß keinen Streit» und «Ich will bei allen beliebt sein» schaffte er es, durch «das Anziehen eines weißen Forscherkittels» zu erkennen, dass dies seine typischen harmoniebedürftigen Ansprüche sind, die er jedoch nicht immer erfüllen kann. Er erarbeitete daraufhin neue Gedanken wie «Ich muss Entscheidungen treffen, die nicht immer allen gefallen können». Gegen Ende der 12 Sitzungen hatte er sich stärker in seine neue Rolle eingefunden und schaffte es, ausgleichende Aktivitäten umzusetzen; die depressive Symptomatik ging fast vollständig zurück (PHQ = 2). Trotz vorheriger depressiver Episoden wurde die Verbesserung als stabil eingeschätzt und Herr S. wünschte keine weiterführende Behandlung.

chotherapien durch ihre kurze Dauer, starke Strukturierung und – definitionsgemäß – durch die vorwiegend telefonische Durchführung. Das Medium Telefon führt zu bestimmten therapeutischen Besonderheiten im Vergleich zur Face-to-Face-Psychotherapie (Tab. 1).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Zusammengefasst weist die TPT bei Depression eine große Bandbreite an Anwendungsmöglichkeiten auf: Neben einer rein telefonischen Behandlung im Rahmen eines integrierten Versor-

Tab. 1. Besonderheiten und Implikationen des Mediums Telefon im Vergleich zu Face-to-Face-Kontakten im psychotherapeutischen Kontext

| Therapeutische Besonderheiten | Implikationen |
|--|--|
| Mimik und Gestik nicht beobachtbar | <ul style="list-style-type: none"> → größerer Stellenwert von Worten, Tonfall und verbalen Signalen vonseiten des Therapeuten und des Patienten (z.B. «Mhm») [Mohr et al., 2012] → Notwendigkeit, nicht eindeutige Situationen expliziter verbal zu klären [Mohr et al., 2012] → Notwendigkeit, diagnostische Informationen nur über verbalen/auditiven Kanal oder bei einem zusätzlichen persönlichen Gespräch zu eruieren [Brenes et al., 2011] |
| Wegfall bestimmter kontextueller Merkmale der Therapie (z.B. Handgeben, Raumgestaltung) [May et al., 2001] | → formalisierten und professionellen Rahmen der Behandlung explizieren, z.B. durch Eingangsrituale; Vorbesprechung des adäquaten Settings während der Telefonate |
| Wegfall der behavioralen Aktivierung durch Aufsuchen der Praxis [Mohr et al., 2012] | → behaviorale Aktivierung des Patienten muss über andere Tätigkeiten sichergestellt werden |
| Stärkere Anonymität und Distanz möglich [Bee et al., 2010b] | <ul style="list-style-type: none"> → teilweise geringere Hemmschwellen bei Patienten (z.B. bei schambesetzten Themen) [Bee et al., 2010b] → teilweise gewöhnungsbedürftig für Patienten, einem nicht physisch anwesenden Therapeuten persönliche Information mitzuteilen [Bee et al., 2010b] |
| Weniger Kontrolle über das Setting durch den Therapeuten (z.B. über Ablenkung des Patienten durch Lärm oder Unterbrechungen) | → Notwendigkeit klarer Vorabsprachen der Rahmenbedingungen (z.B. in privatem Raum telefonieren) |
| Möglicherweise schwieriger, akute Suizidalität während einer Sitzung zu erkennen und einzugreifen | <ul style="list-style-type: none"> → Notwendigkeit spezieller Sicherheitspläne für Krisenfälle (z.B. bei Suizidalität) [Luxton et al., 2010] → besondere Relevanz eines regelmäßigen, systematischen Monitorings (z.B. anhand eines standardisierten Fragebogens) |
| Organisatorische Besonderheiten | Implikationen |
| Ortsunabhängige Behandlung, Ausbleiben von Fahrzeiten | <ul style="list-style-type: none"> → Behandlung kann auch Patienten angeboten werden, deren Mobilität eingeschränkt ist oder die in wenig versorgten Gebieten leben → Zeit- und Kostenersparnisse für Patienten → größere zeitliche Flexibilität auf Patientenseite (z.B. Termin in der Mittagspause) → flexiblere Terminvergabe auf Therapeutenseite, da Behandlung nicht in speziellem Therapieraum stattfinden muss |
| Gestaltung als aufsuchendes Angebot möglich (Therapeut ruft den Patienten an) | → Anpassung an situative und persönliche Gegebenheiten des Patienten möglich, z.B. bei stark antriebsgeminderten Patienten |
| Sitzungen auch per Mobilfunk möglich | <ul style="list-style-type: none"> → flexiblere Nutzung möglich → Notwendigkeit, Setting des Patienten abzuklären (z.B. Konzentrations- und Sicherheitsaspekte, nicht beim Autofahren telefonieren) [Mohr et al., 2012] → gegebenenfalls eingeschränkter Datenschutz bei mobilen Netzen |
| Reine Fernbehandlung in Deutschland berufspolitisch nicht möglich | → aktuell nur im Rahmen von Modellprojekten möglich [Almer, 2008; Klein und Berger, 2013] |

gungsansatzes kann eine TPT zur Überbrückung der Wartezeit auf eine Face-to-Face-Psychotherapie oder in Kombination mit Psychopharmakotherapie sinnvoll sein. Auch hinsichtlich der zu behandelnden Schweregrade der Depression, der Ausbildung der Therapeuten, der verwendeten Materialien und des Ausmaßes an aufsuchender Begleitung wurden verschiedene Varianten der TPT erprobt und als wirksam befunden [Bee et al., 2008; Mohr et al., 2008, 2012]. Trotzdem wird weitere Forschung benötigt, da z.B. noch Fragen zur Langzeitwirksamkeit, zur therapeutischen Beziehung und zur Effektivität einzelner Elemente der TPT (z.B. schriftlicher Erinnerungen) offen sind. Auch Fragen nach der Wirksamkeit, Akzeptanz und Machbarkeit innerhalb des deutschen Gesundheitssystems sind noch nicht ausreichend untersucht.

Beim vorliegenden Konzept «Ins Gleichgewicht finden» handelt es sich unseres Wissens um das erste depressionsspezifische, manualisierte verhaltenstherapeutische Programm für TPT in deutscher Sprache. Es wurde eine Pilotierung zur Erfassung der Akzeptanz und Wirksamkeit von TPT (mit bzw. ohne zusätzlichen Briefkontakt) im deutschen Sprachraum und Gesundheitssystem durchgeführt. In diesem Zusammenhang wird untersucht werden, ob Patienten mit bestimmten Eigenschaften (z.B. bezüglich des Schweregrades der Depression) unterschiedlich gut von der TPT profitieren. Darüber hinaus wird evaluiert werden, ob sich eine positive therapeutische Beziehung in der TPT aus Patientensicht herstellen lässt und inwiefern diese mit der Wirksamkeit zusammenhängt. Weitere Studien könnten untersuchen, ob die TPT in anderen Settings (z.B. ohne Vermittlung durch den Arzt) eine ähn-

liche Akzeptanz und Wirksamkeit aufweist wie im vorliegenden Kontext. Des Weiteren entstehen durch technische Entwicklungen, wie z.B. Videokonferenzen, neue Forschungsfelder.

TPT könnte sich aus verschiedenen Gründen als eine sinnvolle Ergänzung zur deutschen Regelversorgung für Depressionspatienten herausstellen, so z.B. vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an diagnostizierten Depressionen, der weiterhin langen Wartezeiten auf eine Face-to-Face-Psychotherapie, der höheren Umzugsbereitschaft und -notwendigkeit bei der berufstätigen Bevölkerung sowie des wachsenden Anteils älterer Personen, bei denen größere Mobilitätseinschränkungen aufgrund von Erkrankungen bestehen. Um eine breitflächige Implementierung der TPT in Deutschland zu ermöglichen, ist es notwendig, die entsprechenden Rahmenbedingungen auf Systemebene und Finanzierungsmöglichkeiten hierfür zu etablieren. Die Einbettung von TPT in integrierte Versorgungsprogramme oder eine Veränderung der Berufsordnung im Sinne einer Anerkennung der telefongestützten Durchführung von Psychotherapie wären solche Möglichkeiten.

Zudem ist es wichtig, in der Psychotherapieausbildung spezielle Fertigkeiten für dieses Setting zu vermitteln, beispielsweise zum Umgang mit fehlenden visuellen und mimischen Signalen, mit Notfallsituationen in der Fernbehandlung oder zur adaptiven Indikation während der Behandlung (vor allem die Notwendigkeit zur

Intensivierung der Behandlung). Auch allgemeinere Fertigkeiten für die Durchführung von Kurzzeittherapien und die Gestaltung von Kurzkontakten sind für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Angebots zentral. Einen adäquaten Rahmen für diese niedrigschwelligen Interventionen können auch hier integrierte Versorgungsprogramme wie z.B. Collaborative-Care- und Stepped-Care-Modelle darstellen, bei denen bei Bedarf ein Netzwerk weiterer Behandler und intensivere Behandlungsformen engmaschig zur Verfügung stehen.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Prof. Dr. Evette Ludman, Prof. Dr. Gregory Simon und Dr. Steve Tutty für die Bereitstellung der Materialien und für den freundlichen und produktiven Austausch sowie bei den Patientinnen und Patienten sowie Behandlerinnen und Behndlern des «Gesundheitsnetzes Depression» für ihre Teilnahme und ihre wertvollen Rückmeldungen.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- Almer S: Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. Berlin, Springer, 2008.
- Beck A, Rush AJ, Shaw B, et al: Kognitive Therapie bei Depression. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1992.
- Beckner V, Vella L, Howard I, et al: Alliance in two telephone-administered treatments: relationship with depression and health outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:508–512.
- Bee EP, Bower P, Gilbody S, et al: Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *Gen Hosp Psychiatry* 2010a;32:337–340.
- Bee EP, Bower P, Lovell K, et al: Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry* 2008;8:60.
- Bee EP, Lovell K, Lidbetter N, et al: You can't get anything perfect: user perspectives on the delivery of cognitive behavioural therapy by telephone. *Soc Sci Med* 2010b; 71:1308–1315.
- Brenes GA, Ingram CW, Danhauer SC: Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Prof Psychol Res Pr* 2011;42:543–549.
- Collins KA, Westra HA, Dozois DJA, et al: Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clin Psychol Rev* 2004;24:583–616.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), et al: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. www.leitlinien.de/nvl/depression/, www.dgppn.de, 2009.
- Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al: Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS One* 2014; 9:e100100.
- Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, et al: Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e35330.
- Härter M, Heddaeus D, Steinmann M, et al: Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen: Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015;58:420–429.
- Hautzinger M: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen; in: Lüngershausen E, Joraschky P, Barocka A (Hrsg): Depression – Neue Perspektiven der Diagnostik und Therapie, vol 27. Berlin, Springer, 1993, pp 143–157.
- Heddaeus D, Steinmann M, Lieberz S, et al: psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatr Prax* 2015;42:51–56.
- Jacobi F, Hofler M, Siegert J, et al: Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23: 304–319.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mannheim, FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, 2014.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, et al: Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1109–1115.
- Klein JP, Berger T: Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie* 2013; 23:149–159.
- Kroenke K, Spitzer RL: The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002;32: 509–521.
- Lewinsohn PM, Sullivan JM, Gossup SJ: Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy* 1980;17:322–334.
- Linden M, Hautzinger M: Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, Springer, 1996.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, et al: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Manual und Testunterlagen. Karlsruhe, Pfizer, 2002.
- Luxton DD, Sirotni AP, Mishkind MC: Safety of telemental healthcare delivered to clinically unsupervised settings: a systematic review. *Telemed J E Health* 2010;16:705–711.
- Lynch DJ, Tamburrino M, Nagel R, et al: Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. *Psychol Rep* 2004;94:785–792.
- May C, Gask L, Atkinson T, et al: Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Soc Sci Med* 2001;52:1889–1901.
- Miller L, Weissmann M: Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives: a pilot study. *Depress Anxiety* 2002;16:114–117.
- Mohr DC, Carmody T, Erickson L, et al: Telephone-administered cognitive behavioral therapy for veterans served by community-based outpatient clinics. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:261–265.
- Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al: Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients. A randomized trial. *JAMA* 2012; 307:2278–2285.
- Mohr DC, Siddique J, Ho J, et al: Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann Behav Med* 2010;40:89–98.

- Mohr DC, Vella L, Hart S, et al: The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: a meta-analysis. *Clin Psychol* 2008; 15:243–253.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence): Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester, The British Psychological Society, 2010.
- Ramos Z, Alegria M: Cultural adaptation and health literacy refinement of a brief depression intervention for Latinos in a low-resource setting. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2014;20:293–301.
- Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, et al: Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:935–942.
- Tutty S, Ludman EJ, Simon G: Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:400–410.
- Tutty S, Spangler DL, Poppleton LE, et al: Evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral teletherapy in depressed adults. *Behav Ther* 2010;41:229–236.
- Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, et al: Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry* 2014;14:230.
- WHO (World Health Organization): The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.